Rok XXXIII. Kraków 26. Maja 1894 r. Nr. 21.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1 1/2 „	„ 3 1/2 „	„ 6 „

I. Z zakładów sądowo-lekarskiego i fizyologicznego w c. k. Uniw. Jagiell. w Krakowie.

O zmianach narządów oddechowych w przypadkach otrucia kwasem karbolowym.

Podał
Dr. Leon Wachholz,
asystent zakładu sądowo-lekarskiego.

Zdawałoby się, że otrucia kwasami żrącymi, do których należy zaliczyć i karbol, są już do tego stopnia znane pod względem zmian anatomicznych, które zazwyczaj sprawiają, iż nowe badania, w tym względzie podjęte, będą w stanie tylko powtórzyć i potwierdzić dawniej już poznane zjawiska i zmiany.

Wprawdzie wiadomo od dawna, że kwasy żrące w ogóle, w szczególności zaś kwas karbolowy wywołują bardzo często w narządach oddechowych pewne zmiany anatomiczne, jak ostry nieżyt oskrzeli, tchawicy, krtani a nawet sprawy zapalne w miąższu płucnym; tłómaczenie atoli powstania tych zmian, jak to okaże się w ciągu dalszym tej pracy, było błędnem. Pierwszy Langerhans zwraca swą uwagę pod tym względem i gdy w pierwszem swem doniesieniu [1]) nader oględnie wyraża przypuszczenie, to już w doniesieniu drugiem oświadcza wyraźnie i kilka razy, że nieżyt oskrzelowy w otruciu karbolem może być następstwem odległego działania karbolu na błonę śluzową przewodów oddechowych. Powiada też w dalszym ciągu, że skłania się do przypuszczenia, że podobnie jak nieżyt oskrzeli tak i zmiany pospolite w krtani po otruciu karbolem powstają dopiero po jego wessaniu; zastrzega się jednak, iż zapatrywanie się jego jest tylko przypuszczeniem, które, w razie gdyby się stwierdziło, wykazałoby analogię ze zmianą znajdywaną w jelitach, zwłaszcza grubem, w otruciu przetworami rtęci, tak zwaną *colitis diphtheritica mercurialis*. Znane jest powstanie zmian tych w jelicie grubem, n. p. po otruciu sublimatem od czasu, gdy Falkenberg, Marchand, równie jak Ludwig i Zillner [1]) wykazali chemicznie obecność w ścianach jelita białkanu rtęci, który powstaje przy wydzielaniu się rtęci z ustroju przez ścianę jelit.

Langerhans przypuszcza przeto, że może i karbol wessany do ustroju wydziela się drogami oddechowemi i w nich wtedy wywołuje zmiany. Do tej chwili wydawało się rzeczą pewną, że zmiany spostrzegane w narządzie oddechowym po karbolu są wynikiem aspiracyi bądź zażytego karbolu, bądź wymiocin już zawierających karbol.

Do wypowiedzenia powyższego przypuszczenia skłoniły Langerhansa zmiany dostrzeżone w dolnych częściach tchawicy, oskrzelach i płucach w trzech opisanych przezeń przypadkach śmiertelnego otrucia karbolem obok bardzo nieznacznych zmian w górnej części krtani.

Gdy w ubiegłem półroczu zimowem miałem sposobność sekcyonować dwie osoby zmarłe wskutek otrucia kwasem karbolowym, u których znalazły się zmiany podobne jak w przypadkach Langerhansa, przeto uważam za stosowne podać na tem miejscu ich opis a nadto wyniki doświadczeń swych, które przedsięwziąłem na zwierzętach celem wyjaśnienia powstania zmian przerzeczonych.

P r z y p a d e k I. J., mężczyzna, liczący 50 lat życia, służący pewnej restauracyi, otruł się 23. Listopada 1893 r. kwasem karbolowym. Natychmiast wystąpił ślinotok; odurzonego samobójcę odwieziono do szpitala, w którym mimo przepłukania żołądka i zadania odtrutki, zmarł nazajutrz w śpiączce. Bliższych wyjaśnień co do ilości i zgęszczenia użytego rozczynu kwasu karbolowego, jako też co do czasu, w którym samobójca targnął się na swoje życie, nie zdołałem zasięgnąć.

Wykonana w dniu 25. Listopada z. r. sekcya wykazała:

Z e w n ę t r z n i e: Zwłoki mężczyzny prawidłowej budowy, miernego odżywienia, długie na 167 cm. Powłoki ciała blade, około kostek obrzęk surowiczy. Plamy pośmiertne nie-

[1]) Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 12. i 48. 1893.

[1]) Lehrbuch der gerichtlichen Medicin von Hofmann. Wien und Leipzig. 1893.

liczne, mało wyraźne po bokach klatki piersiowej; stężenie pośmiertne utrzymane we wszystkich kończynach. Na ciele znajdują się następujące zmiany: powłoki skórne czaszki w wielu miejscach, zwłaszcza na szczycie głowy zniszczone, jakby zeżarte tak, iż tutaj wystercza kość obnażona; podobne ubytki skóry o brzegach zatokowatych, nierównych, spotyka się w okolicy kości skroniowej prawej, kości czołowej po stronie prawej, na mostku w połowie jego trzonu. Ten ostatni ubytek wypełnia się ropą za uciskiem na brzegi. Na szczycie barku lewego siniak wielkości dłoni dziecka, który w środku swym prześwieca żółto; za nacięciem dobywa się ztąd ropa w obfitej ilości.

Naturalne ujścia jam ciała, nie zawierają obcych ciał, około ust nie ma śladów oparzenia żadnym przetworem żrącym.

Wewnętrznie: Sklepienie czaszki okazuje rozległe zniszczenia powierzchowne, zwłaszcza na kościach ciemieniowych; w linii środkowej znajduje się w miejscu ich połączenia zupełny ubytek na 2 cm. długi; brzegi ubytku są jakby wygryzione i ścieńczałe. Tylna część kości ciemieniowych, jak również i prawa połowa kości czołowej pozbawiona w wielu miejscach blaszki zewnętrznej; zatoka czołowa otwarta. Opona twarda blada, w miejscach ubytków kostnych ściśle z kością połączona, zatoki żylne prawie próżne; opony miękkie blade, wzdłuż zatoki sierpowatej zgrubiałe, pod niemi spora ilość surowiczego płynu; zwoje mózgowe spłaszczone, mózg ciastowaty, komórki jego boczne rozszerzone, jasnym jak woda płynem wypełnione; zresztą prócz niedokrewności nie okazuje mózg, równie jak i naczynia u jego podstawy żadnych zboczeń. Podstawa czaszki nie uszkodzona. Prawa błona bębenkowa zniszczona, z jamy bębenkowej dobywa się płyn ropny; w kości licowej prawej otwór, przez który wchodzi zgłębnik na 3 cm. w kość; skóra nad tym ubytkiem okazuje owrzodzenie z nieco podminowanymi brzegami. Mięśnie tułowia i kończyn wiotkie, blade, jakby zanikające. Przepona sięga po stronie prawej do dolnego brzegu 6., po lewej 4. żebra. Z jamy brzusznej wylewa się obficie ciecz jasna jak woda. Krtań i tchawica tak z przodu jak i z tyłu otwarte, próżne; błona śluzowa tak ich jak i wielkich oskrzeli nastrzykana, rozpulchniona, gęstym śluzem powleczona. Płuco prawe, wiotkimi zrostami do klatki piersiowej przyczepione, wszędzie zawiera powietrze, wiotkie, na przekroju w krew ubogie, zresztą bez zmian. Płuco lewe wolne, w przednich częściach zawiera powietrze, nieco poduszkowato przy brzegach rozdęte, na przekroju blade, suche, w płacie dolnym i to w części tylnej dość zbite, zawiera mało powietrza, w krew więcej obfite, zalewa się cieczą mętną za uciskiem; z przeciętych oskrzeli dobywa się śluz dość gęsty i szklisty. Serce rozmiarów prawidłowych; obie komórki próżne, zastawki żylne i tętnicze, jak również i nitki ścięgniste bez zmian. Mięsień sercowy wiotki, kruchy, barwy gliniastej. Błona wewnętrzna tętnicy głównej miejscami nierówna, zasiana kępkami wyniosłemi, dość twardemi. Wątroba o powierzchni w wielu kierunkach bliznowato pozaciąganej, na przekroju zbita, twarda, (chrzęści za przekrawaniem). Obie nerki okazują stłuszczenie przybłonków cewek. Śledziona dość znacznie powiększona, w krew miernie obfita, na przekroju dość plastyczna. Język, gardło i przełyk okazują przyćmienie przybłonka. Żołądek zawiera sporą ilość płynu woni słabej, ale wyraźnie przypominającej woń karbolu. Błona śluzowa żołądka bardzo rozpulchniona, tu i owdzie okazuje wynaczynionki, szczególniej koło wpustu, ćma, jakby gotowana. Jelita cienkie i grube skurczone, bez zmian.

Pęcherz moczowy zawiera około 50 grm. moczu jasnego, mętnego, zresztą bez zmian. Kości tułowia i kończyn nie uszkodzone.

Rozpoznanie anatomiczne: *Ulcera ad cutem capitis et faciei et caries ossium capitis luetica. Oedema cerebri. Laryngo-tracheobronchitis catarrhalis acuta ss. bronchopneumonia lobi infer. pulm. sin. Adhaesiones pleuriticae dextrae. Fragmentatio musculi cordis. Cirrhosis hepatis. Degener. adiposa renum, tumor lienis chron. Pharyngitis, oesophagitis et gastritis acuta. Ascites. Anasarca.*

Treść żołądkową poddano destylacyi a w płynie przedestylowanym wykazano kwas karbolowy.

Na podstawie wywiadów, wyniku sekcyi i rozbioru chemicznego wydano orzeczenie tej treści: Denat zmarł z otrucia kwasem karbolowym. Charłactwo na tle rozległych zmian kiłowych u zmarłego, było prawdopodobnie przyczyną samobójstwa.

Roztrząsając powyższy przypadek, pomijam zmiany uboczne, nie będące w związku z otruciem. Do rozpoznania otrucia kwasem karbolowym wyłącznie tylko na zasadzie obrazu anatomicznego nie było w danym przypadku dostatecznej podstawy. Zmiany bowiem, jakie przedstawiał przewód pokarmowy, mogły być następstwem działania bardzo wielu czynników. W piśmiennictwie znajduje się nader często opisy przypadków, w których przewód pokarmowy nie okazywał zmian cechujących otrucie karbolem bądź dlatego, iż karbol bardzo prędko opuścił ustrój przez wymioty lub, jak w naszym przypadku, za pomocą pompy żołądkowej, bądź dlatego, iż go zażyto w znacznem roztworzeniu. To też zmiany w tych przypadkach w przewodzie pokarmowym nie przedstawiają się pod obrazem głębszej nekrozy koagulacyjnej, lecz ostrego nieżytu z miąższowem zwyrodnieniem gruczołów. Zmianom tym, stósunkowo nieznacznym, odpowiadają także objawy u otrutych, wracających do zdrowia, którzy nie skarżą się zwykle na żadne dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego.

Zastanowienie się nad zmianami, spostrzeżonemi w narządzie oddechowym, odkładam celem uniknięcia niepotrzebnego powtarzania się do epikryzy następnego przypadku, który wkrótce po pierwszym miałem sposobność sekcyonować w zakładzie sądowo-lekarskim.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z oddziału położniczo-ginekologicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Przypadek cięcia cesarskiego z powodu guza miednicy małej.

Podał
Dr. F. Kośmiński,
sekundaryusz oddziału.

W dniu 18. Lipca 1893. r. przyjęto do oddziału położniczego osobę ciężarną P. B. lat 28 liczącą, grec.-katol., zamężną.

Wywiady: Rodziła cztery razy; pierwsze dwa razy sama, bez pomocy dzieci żywe, trzeci i czwarty raz rozwiązano rodzącą zapomocą kleszczy. Trzecie dziecko wydobyte żywe umarło w kilka dni; czwarte wydobyto nieżywe.

Z powodu guza miednicy była dwa razy operowaną; raz przed $2^1/_2$ laty podczas ciąży trzeciej, poczem ciąża nie została przerwaną, drugi raz przed rokiem po czwartym porodzie.

Ostatnia regularność z końcem Października 1892. r. pierwsze ruchy płodu poczuła z końcem Marca 1893.

Od roku skarży się na dość znaczne bóle w głębi miednicy po stronie prawej; od kilku miesięcy bóle te rozpromieniają się w kończynę dolną prawą, skutkiem czego długo chodzić nie może.

Badanie wykazało: osoba dość dobrze zbudowana i odżywiona, ciepłota ciała prawidłowa, tętno spokojne.

W sutkach niewielkich a obwisłych wyraźne objawy powiększenia się czynności. Narządy oddechowy i krążenia bez znaczniejszych zmian; narząd pokarmowy oprócz niedowładu jelit zboczeń nie okazuje.

Brzuch wypuklony więcej wzdłuż, niż wszerz, linia środkowa ciemniej zabarwiona, na skórze liczne blizny poporodowe, powłoki brzuszne jędrne. Wypuklenie to brzucha pochodzi od guza wychodzącego z miednicy małej, który rozszerza się zaraz po wyjściu na boki i sięga dnem na trzy palce poniżej wyrostka mieczykowatego, a odpowiadającego powiększonej macicy. Odległość od spojenia łonowego do pępka wynosi 21 cm., do dna guza 37 cm.

Na wardze większej prawej i w przegubie udowo-sromnym prawym znajdują się blizny pooperacyjne, przebiegające wzdłuż wargi. Warga większa prawa w dolnej części wysklepiona przez guz wielkości orzecha włoskiego, twardy, niebolesny; nad guzem tym skóra daje się przesuwać. W okolicy przegubu udowo-sromnego prawego czuć daje się pod skórą naciek płaski, twardy, nieruchomy, postaci trójkątnej, podstawą ku wardze prawej zwrócony. Przegub udowo-sromny lewy ma prawidłową wklęsłość; warga lewa zmian nie okazuje.

Szpara sromna miernie szeroka, nieco ukośnie ku stronie lewej przesunięta, również jak i przedsionek; ujście cewki trójkątne. Ściana prawa przedsionka wypuklona przez dwa guzy, z których górny odpowiada naciekowi, dającemu wymacać się w okolicy przegubu udowo-sromnego, drugi zaś guzowi wypuklającemu dolną część wargi prawej. Oba te guzy zlewają się w jeden, wypuklający w dalszym ciągu pochwę od strony prawej. Guz ten palcem do pochwy wprowadzonym daje się dokładnie ograniczyć, jest wielkości pięści kilkoletniego dziecka, twardy, niebolesny, u podstawy nieruchomy, wydający się dość ściśle z kością zrosły. Część jego jednak do jamy miednicy stercząca i wypuklająca pochwę okazywała mierną ruchomość tak, że wydawało się, jakoby była zrazem oddzielnym guza.

Pochwa rozpulchniona; część pochwowa w osi miednicy, ujściem zewnętrznem szparowatem więcej ku tyłowi zwrócona. Przez ujście daje się wprowadzić palec do szyi, która zwęża się ku górze; przez sklepienie przednie czuć dobrze główkę płodu wysoko ustawioną. Wymiary miednicy kostnej prawidłowe. Odległość między guzem a gałęzią wstępującą kości siedzeniowej wynosi około $4^1/_2$ do 5 cm. Ruchy kończyną dolną prawą w stawie biodrowym cokolwiek upośledzone i bolesne.

R o z p o z n a n i e: Ciąża piąta, koniec ciąży. Położenie płodu główkowe nieustalone, postawa druga, płód żyje. Ścieśnienie miednicy bardzo znacznego stopnia we wychodzie, z powodu guza zrazowatego, wychodzącego prawdopodobnie z kości miednicy (*ramus ascendens ossis ischii*), którego przyrodę określono jako *fibro-sarcoma.*

W dniu 1. Sierpnia rano pierwsze bóle. Wypróżniono odbytnicę kilkoma lewatywami i podano rodzącej kąpiel oczyszczającą. W obec tak znacznego ścieśnienia wychodu miednicy o przejściu płodu donoszonego mowy nie było; dlatego pozostawało albo starać się guz usunąć, albo wykonać cięcie cesarskie. Do narady lekarskiej wezwano prof. Dra Marsa, który przybył na nią z całą gotowością. Wobec okoliczności, że guz powyż opisany i pochwę wypuklający wydawał się jakoby zraz ogólnego guza, nasuwała się myśl, czy zraz ten nie dałby się wyłuszczyć a tem samem, czyby się nie dało uzyskać takiej przynajmniej drożności przewodu miednicy, aby poród mógł odbyć się drogą naturalną, przez co uniknęłoby się cięcia cesarskiego. Do zabiegu tego zachęcała i ta okoliczność, że guz ten już dwukrotnie był częściowo wyłuszczany. To też po przygotowaniu chorej, narzędzi i asystencyi do cięcia cesarskiego postanowiono próbować odłuszczyć na tępo ów zraz guza, który zwężał przewód rodny. Po ogoleniu zatem i obmyciu sromu, przestrzykano pochwę $2^0/_0$ rozczynem kreoliny, poczem w uśpieniu chloroformowem, w ułożeniu chorej na grzbiet z mocno zgiętemi udami, poprowadzono cięcie wzdłuż i nieco na zewnątrz wargi większej prawej przez całą grubość skóry aż do guza. Następnie palcami i nożyczkami na tępo odłuszczono około połowę guza; doszedłszy jednak do podstawy przekonano się, że guz ten zagina się ku kości, z którą jest ściśle złączony, jak niemniej, że ruchomość powyż opisana była złudną, gdyż guz ten w jednym kierunku wybujały był niejako jakby na szypule a przez swoją elastyczność wydawał się ruchomym.

Wobec tego zespojono ranę skórną kilkoma szwami węzełkowymi, wsunąwszy poprzód pasek gazy jodoformowej i wyprowadziwszy go przez dolną część rany niezeszytą, a następnie wytamponowano pochwę gazą jodoformową, by przez ucisk utamować dość znaczny krwotok. Po odpowiedniem ułożeniu rodzącej przystąpiono więc do wykonania cięcia cesarskiego, przy łaskawej pomocy prof. Dra Marsa.

Ujście zewnętrzne rozwarte mniej więcej na koronę. Powłoki brzuszne obmyto jeszcze raz mydłem, eterem i $1^0/_{00}$ rozczynem sublimatu.

Cięcie skórne w linii środkowej pod pępkiem i nad nim na długość około 24 cm.; naczynia broczące podwiązano, macicę wytoczono na zewnątrz a następnie zespojono górną część rany szwami tymczasowymi. Na szyję macicy założono ligaturę elastyczną, poczem poprowadziłem cięcie w linii środkowej macicy a natrafiwszy na znajdujące na przedniej ścianie macicy łożysko (*placenta praevia caesarea*) szybko oddzieliłem je z lewej strony, przebiłem pęcherz płodowy, uchwyciłem za nóżki i wydobyłem płód żywy, który zaraz począł krzyczeć.

Równocześnie jeden z asystujących zacisnął silnie ligaturę na szyi macicy. Krwotok mały. Następnie wydobyłem łożysko wraz z błonami a oczyściwszy starannie wnętrze macicy pęczkami waty, zamaczanymi w $5^0/_0$ rozczynie kwasu karbolowego, zeszyłem dokładnie szwem kuśnierskim jedwabnym najpierw warstwę mięsną macicy bez skaleczenia wewnętrznej powierzchni macicy a następnie po nad nim założyłem drugi szew kuśnierski jedwabny, zabierając otrzewnę macicy. Zimnymi kompresami antyseptycznymi natarto następnie macicę i wstrzyknięto podskórnie ergotynę Bombelona, poczem usunięto ligaturę elastyczną ze szyi macicy. Krwawienie bardzo małe po wywołaniu skurczu macicy ustało zupełnie. Usunięcie szwów tymczasowych spajających powłoki brzuszne, zapuszczenie dobrze skurczonej macicy do jamy brzusznej, szew kuśnierski katgutowy otrzewnowy, zresztą szwy skórne węzełkowe; opatrunek lekko uciskający.

Po przebudzeniu się z narkozy wymiotowała chora kilka razy, skarżyła się na ból w dołku podsercowym i ciągłe nudności. Podano lód w kawałkach do połykania. Wieczorem ciepłota 38^0, tętno 120, dobre. Odchody krwawe, obfite.

Wydobyty płód donoszony, płci żeńskiej ważył 3550 gramów i miał długość 51 cm. Obwód główki wynosił 35 cm., wymiar czołowo-potyliczny 12 cm., wymiar ciemieniowy $9^1/_2$ cm., wymiar skroniowy $8^1/_4$ cm., wymiar ukośny duży $13^1/_2$ cm., wymiar ukośny mały $10^1/_2$ cm. Szerokość w barkach $12^1/_2$ cm. Dziecko krzyczy głośno i ssie chciwie.

Dnia 2. Sierpnia rano ciepłota 37·1, tętno 100. Okolica żołądka wzdęta, nieco bolesna. Wymioty przez dzień kilka razy. Polecono dalej kawałki lodu i kokainę. Odchody połogowe dość obfite. Wieczorem ciepłota 37·5, tętno 106.

3. Sierpnia rano ciepłota 37, tętno 96. Wymiotów nie ma; okolica żołądka wzdęta. Chora niespokojna skarży się na znaczne bóle w brzuchu; wstrzyknięto podskórnie 0·01 morfiny w południe i wieczorem. Od czasu operacyi stolca ani wiatrów nie oddawała. Wieczorem ciepłota 37·2; tętno dobre 100.

4. Sierpnia rano ciepłota 36·8, tętno 96. W nocy sen dobry. Okolica żołądka jeszcze wzdęta; język wilgotny, czysty, przelewanie się treści w jelitach połączone z bólami; podano trzy razy dnia po 15 kropel nastoju makowcowego. Chora zresztą ma się dobrze; przyjmuje pokarmy płynne, bulion, rosół, herbatę i wino. Odchody połogowe dość obfite, różowe. Wieczorem ciepłota 37·4, tętno 104.

5. Sierpnia rano 38, tętno 112. W nocy odeszło nieco wiatrów. Okolica żołądka mniej wzdęta, brzuch niebolesny, język wilgotny, stan ogólny dobry. Pokarmy płynne przyjmuje chętnie. Wieczorem ciepłota 38·5, tętno 120.

6. Sierpnia rano ciepłota 37·4, tętno 100. W nocy pierwszy stolec po operacyi z wiatrami bez bólów. Okolica żołądka nie jest wzdęta; brzuch nigdzie nie bolesny. Zmieniono pasek gazy wsunięty w ranę wzdłuż wargi prawej. Wieczorem 38, tętno 108.

7. Sierpnia rano ciepłota 37·6, tętno 96. Po wysokiej lawatywie dwa stolce obfite. Apetyt dobry. Odchody połogowe blado-różowe. Wieczorem 38·1, tętno 112.

8. Sierpnia rano ciepłota 37·2, tętno 92. Zmieniono opatrunek; rana cała zgojona przez rychłozrost. Podano olejek rącznikowy; kilka obfitych stolców bez bólów. Stan ogólny bardzo dobry. Wieczorem ciepłota 37·7, tętno 104.

9. Sierpnia ciepłota 37, tętno 92. Chora przyjmuje chętnie łatwo strawne pokarmy stałe. Odchody połogowe skąpe.

11. Sierpnia ciepłota 37, tętno 86. Wyjęto szwy z rany wzdłuż wargi prawej, rana ta zgojona *per primam*; zmieniono gazę. Stan ogólny bardzo dobry.

13. Sierpnia ciepłota 36·8, tętno 80.

15. Sierpnia ciepłota 36·6, tętno 78. Zmiana opatrunku; wyjęto wszystkie szwy głębokie i powierzchowne, rana w całości zupełnie zgojona. Macica sięga wysoko, bo na 5 palców powyżej spojenia łonowego i wydaje się przyrosłą do przedniej ściany jamy brzusznej. Rana obok wargi prawej również zgojona; wybujałe nieco granulacye w dolnej części rany przypalono kamieniem piekielnym.

18. Sierpnia ciepłota nie podwyższona, tętno spokojne, apetyt dobry; chora siada na łóżku.

27. Sierpnia wstała z łóżka.

28. Września 1893 r. jako wyleczona udaje się do domu.

Przypadek powyższy opisuję nie tyle dla wzbogacenia statystyki cięcia cesarskiego zachowawczego, jak raczej z powodu rzadkiego wskazania, z którego je wykonano.

Nowotwory bowiem miednicy nie będące w związku z częściami rodnemi nie są w ogóle częste; zmniejszające zaś znacznie wymiary miednicy stanowią do cięcia cesarskiego jedno z najrzadszych wskazań.

III. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9).

2) Jaki udział przypada matce w sprawie przekazywania kiły potomstwu?

Już z góry wypadałoby przypuścić, iż kiła matki, podobnie jak inne zboczenia ustrojowe, powinna w ten lub inny sposób oddziaływać szkodliwie na zdrowie potomstwa; tembardziej zaś będąc chorobą zakaźną a więc wywołując swoiste zmiany w rozmaitych organach oraz we krwi chorej matki, musi kiła udzielać się też potomstwu; spodziewać się nadto można, że udział matki w sprawie przekazywania dziedzicznego kiły potomstwu powinien być nawet ważniejszym od wpływu ojca, już chociażby dlatego, że wpływ matki na dziecię trwa znacznie dłużej i stósunek płodu z matką w przeciągu dziewięciu miesięcy zawsze jest ścisły i bezpośredni; udział zaś ojca kończy się wraz z zapłodnieniem a więc trwa bardzo krótko, przez jednę chwilę zaledwie; później zaś płód nie pozostaje w żadnym bezpośrednim stósunku z ojcem, stan więc zdrowia ojca nie może nadal wpływać na ustrój płodu. Następnie matka nietylko w ciągu brzemienności, lecz i przez jakiś czas po przyjściu na świat dziecka, nie przestaje pozostawać z niem w bliższem zetknięciu, albowiem najczęściej karmi je swoją piersią.

Wszyscy też prawie, dawniejsi i tegocześni autorowie przyznają zgodnie, że kiłowa matka przekazuje swą chorobę potomstwu i że kiła dziedziczna bardzo często matce swe pochodzenie zawdzięcza, nie wszyscy jednak zgadzają się co do szczegółów w tej sprawie; mianowicie zaś panuje do dziś dnia wielka sprzeczność w poglądach na sposób, w jaki kiła matki udziela się potomstwu.

Rozpatrując tę kwestyę ze stanowiska czysto teoretycznego należałoby sądzić, iż dzieci, pochodzące z matek kiłowych, mogą dziedziczyć kiłę następnemi drogami: albo z jajkiem, zakażonem przed zapłodnieniem lub podczas niego, albo też po zapłodnieniu, za pośrednictwem obiegu krwi przyrzut kiłowy może z matki przez łożysko przejść do płodu, który zakaża się w ten sposób kiłą.

Zdania syfilidologów są podzielone w ten sposób, iż jedni utrzymują, jakoby kiła matki mogła udzielać się potomstwu li tylko za pośrednictwem zakażonego jajka; inni zaś, nie zaprzeczając wszakże temu, iżby kiła dziedziczna powstać mogła wskutek poprzedniego zakażenia kiłowego jaja, twierdzą jednak, iż w niektórych przypadkach płód, powstały ze zdrowego i niezakażonego jajka, może być w dalszym ciągu zakażonym przez matkę za pośrednictwem obiegu krwi w łożysku, co następuje wtedy tylko, jeśli zdrowa przed zapłodnieniem matka nabędzie kiły podczas ciąży; oprócz wymienionych dwóch obozów, jest jeszcze spory poczet autorów utrzymujących, iż kiła matki udziela się potomstwu wyłącznie tylko za pośrednictwem obiegu krwi.

Mając na celu dokładne i ścisłe wyjaśnienie kwestyi udziału przypadającego matce w sprawie dziedziczenia kiły musimy przedewszystkiem rozpatrzyć się w piśmiennictwie a wtedy dowiemy się, w jaki sposób powstały dzisiejsze nasze poglądy na udział matki w przekazywaniu kiły potomstwu, nadto zaś, zestawiwszy zebrane spostrzeżenia i fakta, łatwiej możemy zoryentować się w zawiłych szczegółach przedmiotu i wysnuć ostateczne wnioski.

Z dawniejszych autorów Augerius Ferreryusz[1] pierwszy wypowiedział zdanie, że kiła dziedziczna może pochodzić od matki; odróżniał dwa sposoby udzielania się kiły od matki potomstwu; mianowicie, zdaniem jego, dzieci nabywać mogą kiły od matki za pośrednictwem jajka zakażonego lub też drogą obiegu krwi w łożysku. Tego również zdania byli spółcześni syfilografowie Fallopiusz[2] i Ambroży Paraeusz[3]); inni zaś pisarze XVI. stulecia nie wspominają wcale o udziale matki w sprawie przekazywania kiły dzieciom. W XVII. stuleciu zapanowało w nauce zdanie przypisujące pochodzenie kiły dziedzicznej przeważnie matce; rzecznikami jego byli Guyon, Dolois i de-Blegny[4]).

[1]) Aphrodisiacus. 1728. II. str. 906.
[2]) Tractatus de morbo gallico. Lib. XXXVI. str. 127.
[3]) De la grosse vérole etc. Lyon 1652. str. 467.
[4]) L'art de guérir les maladies vénériennes. Paris 1696. I. str. 15, 62—64.

U syfilografów XVIII. stulecia przeważało wypowiedziane przez Ferrieryusza i de Blegnego zdanie, jakoby matka przekazywała potomstwu nietylko nabytą przed zapłodnieniem kiłę, lecz że nawet zakaziwszy się podczas ciąży, mogła udzielić swej choroby znajdującemu się w łonie dziecięciu. (Astruc [1]), van-Swieten [2]) i inni); według Nisbeta [3]) dziedziczna kiła rzadko powstaje w następstwie kiły ojca, najczęściej zaś swe pochodzenie zawdzięcza chorobie matki. Vassal [4]) całkiem przeczył temu, iżby kiła mogła być od ojca przekazaną potomstwu; jedynem źródłem kiły dziedzicznej bywa według niego kiła matki.

Przytoczone wyżej poglądy i zapatrywania się co do udziału matki kiłowej w sprawie przekazywania dziedzicznego kiły wypowiadano też w pierwszej połowie naszego stulecia (Lagneaux [5]), Nevermann [6]), Margerie [7]) Deutsch [8]); za podstawę faktyczną dla uznania przeważnego udziału matki w sprawie odziedziczania kiły, posłużyły liczne spostrzeżenia, które ogłosili: Rosen von Rosenstein [9]), Kortum [10]), Gilbert [11]), Desruelles [12]), Lohmeier [13]), Hufeland [14]), Vassal [15]), Lallemand [16]), Lagneau [17]), Sick [18]), Bonorden [19]), Cazenave [20]), Mayo [21]) i Polli [22]); późniejsze kazuistyczne przyczynki Goussaila [23]), Venota [24]), Bertheranda [25]), Trousseau [26]), Bergereta [27]), Bardineta [28]), Johnsa [29]), Eichmana [30]), Boecka [31]), von Rosena [32]), von Baerensprunga [33]), Kassowitza [34]) i Flindta [35]) tyczyły się też matek kiłowych, które przekazały swą chorobę potomstwu. W ostatnich zaś latach najwięcej spostrzeżeń w tej mierze podali Fournier [36]) i Neumann [37]), pomijając już liczne przypadki ogłoszone przez innych lekarzy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

---

[1]) De morbis venereis libri IX. 1740.
[2]) Behrend's Syphilidologie. 1845. VII. 3 str. 358.
[3]) Essai sur la théorie et la pratique des mal. vénér. Paris 1788.
[4]) Memoire sur la transmission du virus vénérien de la mère a l'enfant. Paris 1807.
[5]) Traité des maladies syphilitiques. Paris 1828. II. str. 243.
[6]) Schmidt's Jahrbücher. 1840. XXVII. 1. str. 69.
[7]) Gazette des hôpitaux. 1850. 101.
[8]) Journal für Kinderheilkunde. 1851. XVI. 3/4.
[9]) Maladies des enfants. str. 514.
[10]) Hufeland's Journal. 1804. XX. str. 3.
[11]) Traité de la maladie vénérienne chez les enfants nouveau-nés. Paris 1810. str. 99.
[12]) Recueil de la Soc. méd. de Paris. 1822. str. 50.
[13]) Rust's Magazin. 1823. XV. str. 149.
[14]) Hufeland's Journal. 1827. XXII. str. 22.
[15]) Hufeland's Journal. 1827. XXII. str. 40—47.
[16]) Journal univers. XXVII str. 132.
[17]) l. c. str. 243—244.
[18]) Preussische Vereins-Zeitung. 1837. 29. März.
[19]) Tamże 1840. Nr. 40.
[20]) Traité des syphilides. 1843. str. 134.
[21]) Behrend's Syphilidologie. 1844. VI. str. 306.
[22]) Annali univers. di medicina. 1847. XXIII. Agosto.
[23]) L'Union médicale. 1851. Nr. 134.
[24]) Tamże 1852. Nr. 41 i 42.
[25]) Précis des maladies vénériennes. Paris 1852. str. 336.
[26]) Gazette des hôpitaux. 1855. str. 26.
[27]) Moniteur des hôpitaux. 1853. 29. Novembre.
[28]) Diday. Traité de la syph. des nouveau-nés. Paris 1854. s. 38.
[29]) Dublin Journal of med. Science 1854. November.
[30]) Prager Vierteljahr. 1855. II. str. 30.
[31]) Dyskusya w Tow. lek. w Chrystyanii — patrz protok. 1857. str. 107—108.
[32]) Behrend's Syphilidologie. N. Reihe 1860. II. 4. str. 491—492, 194—495; 1863. III. str. 38—39.
[33]) Ueber hereditäre Syphilis. Berlin 1864. str. 99—133.
[34]) Die Vererbung der Syphilis. Wien 1876.
[35]) Flindt, den congenite syphilis. Kobenhavn. 1878. str. 114—132, 167—174.
[36]) Syphilis et le mariage. Paris 1881.
[37]) Arch. f. Dermatol. und Syphilis. 1892. 4, str. 596 i następne.

IV. Z Zakładu higienicznego prof. O. Bujwida w Uniw. Jagiell. w Krakowie.

O bakteryach w worku spojówkowym oka zdrowego.

Podał

Dr. S. Lachowicz z Wilna.

(Dokończenie. Patrz Nr. 20).

Przy wszystkich swych badaniach posługiwałem się zwykle mikroskopem Zeitza (pantachrom., okular. 2 i 3, tubus 160); preparaty barwiłem wyłącznie rozczynem 1% wyskokowo-wodnym fuksyny, przyczem, jak już wyżej nadmieniłem, wszystkie moje manipulacye do rozpoznawania gatunku drobnoustrojów włącznie uprzejmie kontrolował prof. Bujwid.

Zdając zatem ogólnie sobie sprawę z dopiero co przytoczonych wyników, przekonywamy się, że wszystkie niemal wymienione bakterye, tak prątki jak ziarniki, można uważać za drobnoustroje, jużto powietrzne, już wodne; niektóre z nich są poprostu saprofitami (n. p. *micrococcus candicans micróc. coronatus*, *sarcina lutea, microc. cereus albus)* [1]). — *Bacil. fluores. putridus* znajdywano często w wodzie, nieraz na rozkładających się substancyach. *Bacil. xerosis conjunctivae* uważany przez niektórych autorów za sprawcę danego cierpienia, znajdywano nieraz i w zdrowym worku spojówkowym [2]) tak, że właściwie tylko *staphylococcus pyogenes albus* i *streptococcus pyogenes*, uchodzące bardziej za chorobotwórcze, mogą na razie zwracać na siebie naszą uwagę.

Jednakże, by decydować z większą pewnością o wpływie danych drobnoustrojów na zdrowe oko ludzkie, potrzeba do tego okoliczności opartych na doświadczeniach, wykazujących w sposób bardziej przekonywający rolę każdego naszego drobnoustroju w zdrowym worku spojówkowym, tembardziej zwłaszcza, że, jakeśmy to wyżej widzieli, u przeważnej części osób badanych (69%) żadnych bakteryj w oczach nie było — innemi słowy, potrzeba przez doświadczenie wykazać, co się dzieje ze zdrowem okiem człowieka, jeśli się w istocie wprowadza bakterye do worka spojówkowego, jak również, co się dzieje z wprowadzonemi bakteryami? Do wyjaśnienia tej kwestyi użyłem szczepienia czystych hodowli do własnych worków spojówkowych, wychodząc z tego stanowiska, iż takie doświadczenia o wiele więcej zyszczą na doniosłości, niż dokonane na zwierzętach; nadto swoje oczy uważałem do tego za nadające się najbardziej, jako uchodzące do pewnego stopnia za wolne od jakichbądź bakteryj, gdyż, jak nadmieniłem wyżej, trzechkrotne ich badanie nie wykazało żadnych drobnoustrojów.

System postępowania we wszystkich przypadkach był następujący: pół lub całe uszko (drucika platynowego) czystej hodowli agarowej wprowadzano do załamka dolnej powieki (naprzemian jednego dnia do jednego, drugiego dnia do drugiego oka), poczem powieki na chwilę zamykano lub nawet palcem przez powiekę dolną rozcierano z lekka hodowlę po powierzchni gałki ocznej. Następnie celem przekonania się, co się dzieje z samemi bakteryami wprowadzonemi do worka, czy w nim zostają i jeśli zostają, to jak długo, zaszczepiano powtórnie ciecz łzowo-śluzową na agarze z oka już zaszcze-

---

[1]) Flügge: loc. cit.
[2]) Fick: loc. cit.

pionego. Dla dokładniejszego przeglądu, przytaczam rzeczone doświadczenia w porządku jak je robiono:

1) *Micrococcus candicans.* $^1/_2$ uszka 5-cio dniowej hodowli żelatynowej wprowadzono do worka oka prawego. Po 24 godz. ciecz łzowo-śluzową zaszczepiono na agar; po kilku dniach obserwacyi hodowli na agarze nie ma.

2) *Bacillus sporiferus* (laseczki kolbkowate). Jedno uszko 4-ro dniowej hod. agar. do worka oka lewego; ciecz łzowo-śluz. zaszczepiono na agar po $2^1/_2$ godz. i po 24 godz.; po kilku dniach obserwacyi w obu probówkach hodowli nie ma.

3) *Staphylococcus pyogenes albus.* $^1/_2$ uszka 2 tygodn. hod. agar. do worka oka prawego; po godzinie zaszczepiono ciecz łzowo-śluz. na agar *(a)*.

Dla przekonania się o ile dana hodowla jest świeża, zaszczepiono ją jednocześnie na agar świeży *(b)*.

W próbówce *a:* wyraźne kolonie; w prob. *b:* mnóstwo pojedynczych białych kolonij. Pod mikroskopem: *staphylococcus pyog. albus* w obu probówkach.

4) *Staphylococcus pyogenes albus* (drugi raz). Jedno uszko 3 dniowej hod. agar. do worka oka lewego; ciecz łzowo-śluzowa zaszczepiona na agar po upływie godziny i po upływie 23 godzin.

W próbówce pierwszej mnóstwo pojedynczych białych kolonij. Pod mikroskopem: *staphylococcus pyogenes albus;* w probówce drugiej po kilku dniach obserwacyi hodowli nie ma.

5) *Bacillus fluorescens putridus.* $^1/_2$ uszka 8-io dniowej hod. agar. do worka oka prawego; ciecz łzowo-śluzowa zaszczepiono na agar po 2 minut., 5 min., 25 min., godzinie i $2^1/_2$ godz.

W probówce po 2 min. nader obfita hodowla rozlana po całej powierzchni agaru; w probówce po 5 min. hodowla również obfita, rozlana; w probówce po 25 min. hodowla znacznie mniej obfita, rozlana; w probówce po godzinie hodowla w kształcie tylko pojedynczych kolonij w niewielkiej ilości; w probówce po $2^1/_2$ godz. na całej powierzchni agaru tylko 4—5 pojedynczych kolonij. Pod mikroskopem: *bacillus fluor. putridus* we wszystkich probówkach.

6) *Micrococcus coronatus.* $^1/_2$ uszka 3 dniowej hodowli agar. do worka oka lewego; ciecz łzowo-śluzowa zaszczepiono na agar po 50 minutach i po $1^1/_2$ godziny. Po 4 dobach: w probówce pierwszej jedna niewielka biała kolonia. Pod mikroskopem: *micrococcus* podobny do *coronatus.* W probówce drugiej po kilku dniach obserwacyi hodowli nie ma.

7) *Micrococcus cereus albus.* 1 uszko 1 dniowej hod. agar. do worka oka prawego; ciecz łzowo-śluzową zaszczepiono na agar po 50 minut., $1^1/_2$ godziny i 23 godzinach. W 2 pierwszych probówkach wyraźna hodowla rozlana i pojedyncze kolonie białawego koloru (w pierwszej obfitsze). Pod mikroskopem: *micrococcus cereus albus.* W ostatniej probówce po kilku dniach obserwacyi hodowli nie ma.

Podobnych doświadczeń nie mogłem na razie dokonać nad resztą drobnoustrojów (*streptococcus pyogenes*, *bacillus xerosis conjunctivae*, *sarcina lutea*) z tej prostej przyczyny, iż nie miałem świeżej ich hodowli, pierwsze zaś ich hodowle przestały już rosnąć.

Przytem muszę zwrócić uwagę, iż we wszystkich doświadczeniach z wprowadzaniem drobnoustrojów sobie do oka, nie czułem w niem najmniejszego zadraźnienia ani zaraz po zaszczepieniu, ani później. To też szereg tych doświadczeń, jeśli tylko ich wyniki dadzą się potwierdzić dalszemi w tym względzie badaniami, przedstawia mi się nader ciekawym zarówno ze stanowiska czysto biologicznego, jak i praktycznego. Oczywiście widzimy z jednej strony, że rozmaite drobnoustroje, nawet takie, jak *staphylococcus pyogenes*, są całkiem obojętne dla zdrowego oka człowieka, z drugiej zaś strony, że te drobnoustroje nawet dość szybko znikają z oka, nie będąc niby w stanie dotrzymać miejsca w nierównej walce z siłami ustroju. Co to za siły, gdzie mają swe źródło, czy się rządzą prawami ogólnemi ustroju, czy też są ściśle umiejscowione, ostateczne rozwiązanie ciekawych tych pytań należy niewątpliwie do przyszłości.

Rzecz naturalna, że dla ostatecznego wyjaśnienia wpływu rozmaitych drobnoustrojów na zdrowe oko człowieka, niezbędny jest jeszcze inny szereg badań, mianowicie celem wyjaśnienia wpływu tych drobnoustrojów na oko zdrowe, lecz dotknięte sztucznym urazem; podobne doświadczenia, dozwolone oczywiście tylko na zwierzętach, mogłyby nas przybliżyć do tych zjawisk, jakie niemal codziennie obserwujemy w życiu, (n. p. pewne operacye wykonywane na zdrowem oku). Ale zarówno te badania jak i inne, tyczące się rozmaitych wyżej przytoczonych kwestyj, zmuszony jestem pozostawić na przyszłość.

Reasumując w końcu wyniki niniejszej pracy, muszę wyznać, iż jakkolwiek daleki jestem od tego, by przypisywać jej całkiem rozstrzygające znaczenie a to z przyczyny niedostatecznej liczby doświadczeń, uważając ją przedewszystkiem za materyał, przyczynek do dalszych w tym względzie badań, to jednak na podstawie otrzymanych danych mogę poczynić następujące wnioski:

1) W przeciwieństwie do innych błon śluzowych worek spojówkowy oka zdrowego u człowieka nie jest stałem siedliskiem zwyczajnych, znanych nam drobnoustrojów, za czem przemawia nieobecność ich w bardzo przeważającej liczbie zdrowych worków spojówkowych (w 69%), przytem w obu oczach (w 62%).

2) Drobnoustroje, znajdujące się niekiedy w zdrowych workach spojówkowych, są przeważnie z powietrza, przytem w niewielkiej ilości i prawdopodobnie czasowo tylko w nich przebywają, czego są dowodem zarówno nieliczne zwykle hodowle drobnoustrojów od zaszczepienia z oka, mniejsza znacznie ilość worków spojówkowych zawierających bakterye (31%, przytem tylko w 27% w obu oczach), jak również szybkie zmniejszania się ilości i ewentualne znikanie z worka spojówkowego bakteryj, sztucznie doń wprowadzonych (patrz doświadczenia 4, 5, 6 i 7 z wprowadzania czystych hodowli sobie do oka).

3) Rozmaite drobnoustroje znikają z worka spojówkowego prawdopodobnie nie z jednakową szybkością (patrz doświadczenia 2, 5 i 6).

4) Wszystkie wyżej przytoczone bakterye (nie mówię tu o *streptococcus pyogenes* i *bacillus xerosis conjunctivae)* są całkiem obojętne dla oka zdrowego, gdyż nie wywołują w niem żadnych objawów chorobowych, nawet najmniejszego zadraźnienia.

Przy sposobności pozwalam sobie wyrazić najserdeczniejsze podziękowanie prof. O. Bujwidowi tak za uprzejme przyjęcie mnie pod dach swego zakładu i danie możności korzystania ze wszystkich jego zasobów, jak za ustawiczne kierownictwo i pomoc słowem i czynem przy wykonaniu niniejszej pracy.

V. Oceny i sprawozdania.

Władysław Bylicki (we Lwowie): **Nauka o chorobach kobiecych (ginekologia).** Kraków. Nakładem wydawnictwa dzieł lekarskich polskich 1894. str. 646.

Podczas gdy prawie wszystkie cywilizowane narody posiadają w swych książnicach dzieła poświęcone nauce o chorobach kobiecych [1]), my Polacy nie mieliśmy dotąd oryginalnej ginekologii polskiej. Pocieszać się tem, że Dania, Norwegia i Szwecya taki sam jak i my los dzielą, nie jest ani zaszczytne ani uniewinniające. To też z prawdziwą przyjemnością dowiedzieliśmy się na Zjeździe lekarzy w Krakowie o planie wydania ginekologii przez kolegę Bylickiego ze Lwowa. Dzisiaj dzieło to, wydane nakładem wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie, jest już w rękach naszych. Stanowi ono bezpłatne premium dla członków i prenumeratorów Wydawnictwa za rok 1894/95 a dla lekarzy Polaków jest jednem z najcenniejszych dzieł lek. polskich, jakie się w ostatnich ukazały latach.

Ginekologia kol. Bylickiego składa się z 624 stronnic, ściśle nabitych i przeplatanych przeszło stu rysunkami, przedstawiającymi szematycznie w udatnej formie różne operacye oraz patologiczne nieprawidłowości narządów miednicznych.

Już sam wstęp do dzieła mile usposabia czytelnika do autora; pierwsza strona książki zawiera bowiem te tak proste a tak z serca do serca idące słowa: Pamięci Maurycego Madurowicza z uczuciem wdzięczności poświęcam.

Dzieło kol. Bylickiego jest, o ile sądzić możemy, napisane na modłę dzieła Schroedera (Hofmeiera). Taki sam tutaj jak i tam podział i ugrupowanie przedmiotów. Rozdział pierwszy poświęcony jest opisowi badania ginekologicznego, drugi chorobom części płciowych zewnętrznych, trzeci chorobom pochwy, czwarty chorobom macicy, piąty omawia miesiączkowanie, szósty choroby trąbek macicznych (czemu nie jajowodów?), siódmy choroby jajników, w ósmym rozdziale wreszcie opisane są choroby więzadeł macicznych, otrzewny i tkanki łącznej miednicowej.

Całe dzieło przeczytaliśmy z uwagą i wielką przyjemnością. Bardzo trafnie postąpił sobie autor, że przy opisie chorób różnych części narządu rodnego, mówi najpierw o przyczynach, dalej o anatomii patologicznej, następnie o objawach, rozpoznaniu, rokowaniu a wreszcie o leczeniu. Podług potrzeby i ważności są różne działy mniej lub więcej obszernie opracowane a na każdej prawie stronie dziełka widać, że autor przedmiot swój zna dobrze a to, o czem pisze, umie zarazem i oceniać krytycznie.

Przedstawienie operacyj jest treściwe; dokładność idzie tutaj w parze z jasnością a co zarazem jest rzeczą ważną, całe dzieło autora wolne jest od subjektywizmu, który w tych razach nie byłby wcale na miejscu. Przy opisywaniu różnych metod operacyjnych należałoby może troszkę dosadniej zaakcentować, że przy wszystkich operacyach pamiętać należy przedewszystkiem o trzech okolicznościach a mianowicie o dokładnej aseptyce, dokładnem szyciu i skrupulatnem tamowaniu krwawienia, dezyderatach tak nieodzownych, aby dobry otrzymać wynik operacyjny.

Jeżeli ogólnie biorąc podział całego przedmiotu w dziele autora jest racyonalny, to bezwątpienia więcej jeszcze dzieło jego zyskałoby na wartości, gdyby autor w następnem wydaniu (a że ono będzie wkrótce potrzebne, o tem sądząc z jakości dzieła jesteśmy przekonani), poświęcił osobne rozdziały aseptyce, względnie antyseptyce, celiotomii i przygotowaniom do niej, wiewiórowi (rzeżączce) narządu rodnego, a omawiając przetoki, wartoby także pomówić o cierpieniach cewki i pęcherza. Bądź jak bądź są to przedmioty bardzo ważne a dokładna ich znajomość wprost dla lekarza konieczna.

Całe dzieło kol. Bylickiego uważamy za wielce udatne i autor wydając pierwszą ginekologię polską, dobrze się przysłużył sprawie narodowej. Ale takie wypowiadając zdanie, jest zarazem obowiązkiem referenta zwrócić także uwagę na jedno niedomaganie w powyższem dziele. Autor, choć obeznany jest z literaturą swego przedmiotu, za mało uwzględnił literaturę ojczystą. I tak już w zagranicznej literaturze odgrywamy rolę kopciuszka; tem też więcej winniśmy się starać o to, aby wszędzie i zawsze uwzględniać literaturę rodzimą, wykazując przez to słuszność Rejowego dwuwiersza: *„A niechaj narodowie wżdy postronni znają, Że Polacy nie gęsi i swój język mają“*. Skoro konspiracya milczenia nawet w rzeczach nauki tak zwykle systematycznie jest wobec nas przez obcych zachowywana, to sami powinniśmy bronić prac naszych literackich od zagłady i zapomnienia. Na ojczysta lutnię nie tylko obce naciągać należy struny!

Możeby dobrze było, aby szanowny autor w następnem wydaniu raczył np. o następujących wspomnieć rzeczach:

Omawiając niedorozwoje narządu rodnego (str. 43) należałoby uwzględnić prace Dembowskiego [1]), Zielewicza [2]) i Radziszewskiego [3]); w rozdziale o przetokach (str. 118) dwie prace Rydygiera [4]) i pracę Neugebauera [5]); przy owaryotomii (str. 539) prace Zagórskiego [6]), Sztembartha [7]), Kosińskiego [8]), Zielewicza [9]) i znane 4 serye celiotomii Matlakowskiego [10]); przy torbielach przyjajnikowych (str. 511) warta wspomnienia poważna praca p. Wykowsko-Duninowej [11]); przy skórzakach torbiela (str. 522 i 525) wykłady Pomorskiego [12]) i Dąbrowskiego [13]); w rozdziale o trzebieniu (str. 142 i 338) możnaby wspomnieć krytycznie o pracy Żukowskiego [14]), w której obustronne trzebienie wyleczyło „histeryę wysokiego stopnia“, zestawiając z nią wyniki Fritscha, Leppmana i innych, którzy wręcz przeciwne otrzymali rezultaty; przy gruźlicy narządu rodnego (str. 498, 233, 110, 479) nie wspomniano o cennej pracy Krzywickiego [15]) (29 przypadków dokładnie zbadanych), przy obrzękach pozaotrzewnowych (str. 12, 533) pracy Obalińskiego [16]), przy leczeniu włókniaków macicy elektrycznością (332) prac Paneckiego [17]), Jaworskiego [18]) i Zweigbauma [19]); przy omawianiu częściowego wycięcia kości krzyżowej (str. 402) nie wspomniana jest praca Rydygiera [20]); przy wycięciach macicy przez pochwę (str. 356) siedm przypadków Matlakowskiego [21]) a przy Péanowskiem *morcellement* nie uwzględnił autor pracy Skałkowskiego [22]). Przy zrostach torbieli (str. 518 i 525) warto było bliżej pomówić o zrostach otrzewny w ogóle i wspomnieć tutaj o znanej pracy Dembowskiego. Wreszcie mówiąc o zabiegach operacyjnych przy wypadnięciu macicy (str. 274 i 288) zasługiwała na wspomnienie praca Matlakowskiego [23]) o przyszyciu wypadłej macicy wedle sposobu autora.

---

[1]) Niemcy szczycą się dziełami: Brauna, Fritscha, Martina, Schrödera, Zweifla, Winckla, Hofmeiera, Hegar-Kaltenbacha i dziełem zbiorowem Billrotha i Lückego; Anglia posiada dzieła: Atkilla, Duncana, Grahama, Edisa, Harta, Barboura, Hewitta, L. Taita, Galabina, Leversa i Mernangtona; w Francyi pisali: Abeille, Courty, Eustache, Guérin, Terrillon, Vulliet i Lusand, Duplay, Moussand, Pozzi, Auvard, Charchill-Leblond, Lutand, Sinetè i Tripier; Rosya posiada dzieło Słowiańskiego i dziełko Dobraurawowa; Ameryka dzieła Atkinsona, Byforda, Emmeta, Goodella, Davenporta, Sinclaira, Southwicka, Cragina, Maya i Thomasa; Włochy dzieła: Christoforisa i Marocca; Hiszpania posiada dzieła: Samperea a nawet Japonia szczyci się dziełem ginekologicznem Yamazeki Genschina.

[1]) *Gazeta lek.* 1892 i *Kongres chir. polsk. w Krak.* 1892. [2]) *Arch. f. kl. Chir.* 88 i 89. [3]) *Medycyna* 1892. [4]) podaje technikę operacyjną przy ciężkich przypadkach przetok, dodając nadto w końcu zapatrywania co do etyologii przetok; w 2. swej pracy omawia Rydygier plastykę obrażonych moczowodów przy celiotomii. *Przegl. lek.* 1891. [5]) *Archiv f. Gynaec.* tom 30. [6]) *Medycyna* 1887. [7]) *Medycyna* 1889. [8]) *Pamietnik Tow. lek. Warsz.* 1889. [9]) *Arch. f. kl. Chir.* 88 i 89. [10]) *Gazeta lek.* 88, 89. 90 rok. [11]) *Archiv f. Gyn.* tom 34. [12]) *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.* tom 16. [13]) Międzynarodowy kongres w Berlinie. [14]) *Wiad. lek.* 1889. [15]) *Ziegler's Beiträge zur Path. Anat.* tom III. [16]) *Gazeta lek.* 1892. [17]) *Ther. Monatshefte* 1891. [18]) *Gaz. lek.* 1890. [19]) *Gaz. lek.* 1890. [20]) *Przegl. lek.* 1892. 51. [21]) *Gazeta lek.* 1889. [22]) *Przegl. lek.* 1892. 46. [23]) *Gazeta lek.* 1889. Uwaga referenta. W podręczniku chorób żołądka Jaworskiego (także Wydawnictwo dzieł lek. polskich w Krakowie) umieszczony jest w końcu dziełka dokładny spis wszystkich polskich prac o odnośnym przedmiocie. Wartoby przykład ten naśladować w polskich dziełach, traktujących obszernie o tej lub innej nauce.

Umyślnie obszerniej przytoczyliśmy nazwiska powyższych autorów polskich, aby nie narazić się na zarzut, że życzenie nasze większego uwzględnienia swojskiej literatury nie jest uzasadnione. Wiedząc, że dzieło autora drukowano przez rok cały, nie wspomnieliśmy umyślnie o zeszłorocznem żniwie na polskiej glebie ginekologicznej, gdyż nieuwzględnienie prac tych było naturalnym wynikiem rzeczy a *ultra posse nemo obligatur*. Na str. 52. i 84. przytacza autor zamiast polskich nazw łacińskie a przecież *oxyuris vermicularis* nazywamy glistnicą robaczkową lub owsikiem; mięśnie także mają polskie nazwy.

Styl w całem dziele jasny, język poprawny, nigdzie dopatrzeć się braku jedności lub nieładu w ugrupowaniu przedmiotów. Jeżeliśmy w powyższej ocenie może za szczerze i za otwarcie wypowiedzieli to, co mieliśmy na sercu, to niechaj szanowny autor nie bierze nam tego za złe. Właśnie, że wysoko cenimy mozolną jego pracę i że z całej duszy pragniemy, żeby była nietylko jak teraz dobrą, ale w przyszłości jeszcze lepszą, pozwoliliśmy sobie powyższe wypowiedzieć uwagi. Kreśląc je, dalecy byliśmy od tego, aby jedynie chcieć tylko wyszukiwać na duchowem obliczu dzieła autora same tylko piegi i plamy. Toć i słońce ma plamy i plamki a mimoto jest słońcem i grzeje! *Święcicki.*

Zapiski terapeutyczne.

— K. Bohland. O piperacynie jako leku rozpuszczającym kwas moczowy (Z kliniki lekarskiej w Bonnie). Od czasu, w którym Biesenthal i Schmidt zwrócili uwagę, iż piperacyna posiada przymiot rozpuszczania kwasu moczowego w wodzie w znacznej ilości a jest dla ustroju ludzkiego nieszkodliwą, posypały się spostrzeżenia przemawiające za skutecznością tego środka w dnie (*arthritis)* i w chorobach polegających na skazie moczanowej. Wiarę jednak w tę skuteczność zachwiał M. Mendelsohn przez wykazanie, iż w moczu tak kwaśnym jak i alkalicznym piperacyna niema przymiotu rozpuszczania kwasu moczowego. Gdy atoli mimo tego Biesenthal a w ostatnich czasach i Wittzack wystąpili z twierdzeniem, iż wbrew opinii Mendelsohna piperacyna jest środkiem skutecznym w dnie przewlekłej *(arthritis chronica)* i morzysku z kamieni nerkowych, postanowił autor spróbować piperacyny u odpowiednich chorych. Ze ścisłych w tej mierze spostrzeżeń na chorym z bielicą znacznego stopnia, który z moczem wydzielał duże ilości kwasu moczowego, wypada naprzód, że piperacyna nie powiększa dziennej ilości moczu, pomniejsza nieco stopień jego kwaśności i, równie jak u zdrowych, nie powiększa i u chorych wydzielanej z moczem ilości kwasu moczowego, jeżeli się ją oznacza w poprawny sposób przez Salkowskiego i Fokkera podany. W obec tego wszystkiego nie można rachować na żadną skuteczność piperacyny w dnie tudzież kamicy nerkowej i pęcherzowej a jeżeli w tej mierze ogłoszono spostrzeżenia przemawiające na korzyść piperacyny, to nie można zapomnieć, iż są także publikacye wprost dowodzące nieskuteczności środka, o którym mowa. (*Therapeutische Monatshefte.* Maj 1894).

— Stern. O użyciu makowca do leczenia zwężeń krtani u dzieci. (Ze szpitala düsseldorfskiego). Wiadomo, że dzieci ze zwężeniem krtani skutkiem błonicy (*diphtheria*) lub dławca (*croup*) za wzruszeniem psychicznem o wiele trudniej oddychają i naodwrót, że podczas snu, dolegliwości w tej mierze zmniejszają się wybitnie. Obserwować to można szczególniej wtedy, gdy dzieci przyniesione do szpitala celem tracheotomii boją się i operacyi i nowych osób sobie nieznanych. Jeżeli się uda dzieci uspokoić, to można przekonać się, iż zaraz zmniejszają się trudności i dolegliwości w oddychaniu. Można też widzieć, iż jeżeli po tracheotomii sprawa chorobowa posuwa się dalej do oskrzeli, to brak oddechu i powstająca ztąd trwoga przed uduszeniem zmniejszają się po zadaniu makowca. Te spostrzeżenia natchnęły autora myślą spróbowania makowca u dzieci już we wczesnych okresach zwężenia krtani z błonicy lub dławca.

Ponieważ w Düsseldorfie (tak samo jak i u nas) szukają w błonicy i w dławcu pomocy dla dzieci w szpitalu dopiero wtedy, gdy przychodzi ostatnia chwila do tracheotomii, przeto spostrzeżenia autora odnoszą się do przypadków w tym ostatnim okresie, w którym występują według Henocha miejscowe objawy zwężenia krtani w postaci świstu przy oddychaniu, właściwego kaszlu i zapadaniu się za wdechem podgardla (*jugulum*) i okolicy dolnych żeber. Otóż działanie makowca u dzieci w tym okresie objawiało się w ten sposób przedewszystkiem, że drażnienie do kaszlu łagodniało a oddech sam stawał się spokojniejszym i jednostajnym. Przez to wkrótce zmniejszała się lub nawet ustępywała sinica a bezdech malał. Tłomaczy się to w ten sposób, że przez zwężoną krtań przechodzić musi tem więcej powietrza, im wdech jest powolniejszy i głębszy; skutkiem tego zmniejsza się tak intoksykacya kwasem węglowym, jak i niebezpieczeństwo od niej.

Oczywistą jest rzeczą, iż użycie makowca w tym okresie choroby niema na celu bynajmniej zastąpić tracheotomii, ale jest bardzo cennym środkiem pomocniczym, osobliwie w praktyce prywatnej i na początku zwężenia krtani, gdzie chodzi o zmniejszenie niebezpieczeństwa z zatrucia kwasem węglowym, a nie ulega prawie wątpliwości, iż tak, jak autorowi, uda się i innym uchronić niejedno dziecko od tracheotomii lub intubacyi.

W przypadkach atoli zwężenia krtani już daleko zaszłych przyda się bardzo użycie makowca, gdyż łagodzi ono bezpośrednie niebezpieczeństwo, co niewątpliwie wielkie ma znaczenie osobliwie na wsi i w praktyce prywatnej, gdzie operatora wprawnego nie odrazu ma się pod ręką. Jakoż przekonał się autor, że w przypadkach, w których tracheotomia natychmiast wydawała się wskazaną, można było nieraz opóźnić ją i o 16 nawet godzin przez zadanie makowca, a ponieważ najlepsze nawet statystyki wykazują po tracheotomii tylko 36 do 40% wyzdrowienia, przeto nie powinno się zaniedbywać niczego, co w danych okolicznościach pozwoliłoby obejść się bez tracheotomii.

Zadanie wszakże makowca prócz zyskania na czasie przynosi i tę jeszcze korzyść, iż do tracheotomii potrzeba według postrzeżeń autora stanowczo mniej chloroformu, niż bez makowca, co zgadza się zresztą z dawnem już spostrzeżeniem, iż u dorosłych po wstrzyknieniu morfiny potrzeba mniej chloroformu do zupełnego znieczulenia, niż bez wstrzyknienia.

Pod względem ilości i zadawania, nadmienia autor, iż zadaje od 2 do 5 kropel nastoju makowca *(tinctura opii)*, zazwyczaj u dzieci ponad pierwszy rok życia zaczynając od 3 kropel, w łyżeczce od kawy wody ocukrzonej. Jeżeli po upływie połowy godziny nie widać skutku, daje jeszcze dwie krople. Jeżeli teraz nastąpi wyraźna poprawa w postaci łatwiejszego oddechu, zmniejszenia się sinicy i mniejszego zapadania się podgardla i t. d., wypada czekać spokojnie. Jeżeli przeciwnie powiększają się dolegliwości, należy w każdym przypadku z osobna rozważyć, czy przystąpić do tracheotomii, czy też jeszcze zadać makowiec.

Autor sam uważa, że makowiec w zwężeniach krtani działa tylko symptomatycznie, ale działanie to nie jest obojętne dla przebiegu choroby, i dlatego sądzi, żeby go należało spróbować zaraz na samym początku zwężenia, dając go stosownie do wieku dziecka i okoliczności, a w każdym razie pod staranną kontrolą, od 3 do 5 kropel nastoju po trzy razy dziennie.

W końcu swej, w skromny nader sposób skreślonej pracy, nadmienia autor, iż już może kto inny przed nim zalecał makowiec w zwężeniach krtani, ale on o tem nie wie i dlatego zdaje sprawę ze swych spostrzeżeń. *(Therapeutische Monatshefte.* Maj 1894).

— Rumno. Leczenie bielicy i przerostu gruczołów limfatycznych wstrzykiwaniami

podskórnemi dużych dawek arsenianu sodowego. Wiadomo, iż do wstrzykiwania podskórnego używa się ogólnie rozczynu Fowlerowego, który jednak mocno drażni tkankę podskórną. Otóż autor przekonał się, iż te wstrzykiwania można bardzo korzystnie zastąpić wstrzykiwaniami podskórnemi 1% rozczynu arsenianu sodowego (*arsenias natrii*), który za użyciem wszelkich ostrożności aseptycznych nie sprawia miejscowo ani bólu ani żadnego stwardnienia. Użył ich też autor z dobrym skutkiem w kilku przypadkach bieljcy (*leukaemia*) i przerostu gruczołów limfatycznych (*lymphadenia*), jednak dopiero po zastósowaniu dawek dużych: w tym celu rozpoczynał od wstrzykiwania 5 kropel (które odpowiadają $2^1/_2$ miligramom arsenianu sodowego) a dochodził rychło do 50 i 60 kropel (= 0·025 i 0·030 arsenianu sodowego) na jedno wstrzykiwanie. Tę ilość zadawał autor aż do wystąpienia pierwszych przypadów zatrucia arsenem w postaci suchości i uczucia ściskania w gardle, nastrzykania i nieznacznego obrzmienia powiek, nieżytu nosa, osutki, bólów głowy i rozwolnienia. Gdy te objawy ustąpiły, wracał autor znów do wymienionych wstrzykiwań.

W ten sposób postępując, doszedł autor w jednym przypadku do 50 wstrzykiwań i przekonał się o znacznem zmniejszeniu się śledziony i gruczołów limfatycznych tudzież o zbliżaniu się do prawidła stósunku ciałek białych krwi do czerwonych a skutkiem tego wszystkiego o polepszeniu się stanu ogólnego. (*La semaine médicale*. 16. Maja 1894).

— Pousson: Leczenie krwotoków do pęcherza moczowego. Pierwszym warunkiem leczenia jest utrzymanie pęcherza w spokoju a zatem leżenie w łóżku w krwotokach skutkiem kamieni, w innych unikanie ile możności ruchów gwałtownych. Zewnętrznie kataplazmy na podpępcze (*hypogastrium*), wewnętrznie makowiec i beladona a przedewszystkiem wstrzykiwania podskórne morfiny. Płynów a zatem również i pokarmów płynnych używać należy jak najmniej. Wszelkie środki moczopędne są przeciwskazane. Sporysz pobudza mięśnie pęcherza moczowego do kurczenia się. Wstrzykiwanie do pęcherza 10% roztworu taniny tylko w ostateczności i po oddaleniu skrzepów krwi. Jedynie w razie obfitych krwotoków można użyć po wyczerpaniu napróżno innych środków kwasu dębiankowego wewnętrznie według przepisu:

61) Rp. *Acidi gallici* 1·00—1·50
Syr. diacodii
Syr. cort. aurant. amar.
aa 30·00
Aquae destil. 60·00
MDS. Co godzina zażywać po łyżce stołowej.

— W zapaleniu płuc i oskrzeli z influency zaleca Mortimer Granville:

62) Rp. *Camphorae tritae* 0.60
Ttrae jodi guttas 10
Mucil. gummi arab. 15·00
Glycerini 25·00
Olei menthae piper. guttas 5
Syrupi zingiberis 90·00
MDS. Co 2 lub 3 godziny zażywać po łyżeczce od kawy.

— W róży u dzieci zaleca Tordeus przykładanie na zajęte okolice skóry kompresów napojonych płynem:

63) Rp. *Spir. camphorati* 200·00
Sublimati 0·10
(*La semaine médicale*. 16. Maja 1894).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

IV. Posiedzenie z dnia 13. Kwietnia 1893 r.

Przewodniczący kol. Stroynowski. — Obecnych członków 37.

1) Kol. Krzyżanowski nawiązując do wykładu kol. Merunowicza o epidemii duru brzusznego we Lwowie w r. 1893. (na III. posiedzeniu) przeciwstawił tej epidemii tegoroczną epidemię duru osutkowego w tem mieście, która wybuchła w schronisku dla włóczęgów brata Alberta przy ul. Kleparowskiej l. 9. Uwydatniając przykładami różnorodność istoty chorobowej w obu epidemiach i różny sposób ich powstawania i szerzenia się, podał kol. K. kilka klinicznych uwag, jakie mógł zebrać jako kierownik szpitala epidemicznego. W dyskusyi przemawiał kol. Obtułowicz.

2) Kol. Skałkowski opisuje przypadek całkowitego wyłuszczenia macicy przez pochwę w bardzo wczesnym okresie raka, przypadek o tyle zajmujący, że klinicznie badając chorą, nie można było mieć wątpliwości, że chodzi tu o raka ujścia macicznego a badanie drobnowidowe nie wykazało raka, lecz tylko przerost gruczołów. Mimo ujemnego wyniku badania drobnowidowego, polegając na klinicznych objawach, mianowicie na charakterystycznem stwardnieniu wargi przedniej, krwawieniu przez czas dłuższy trwającem, bólach rozpromieniających się ku krzyżom i wypływie brudno-krwawym z pochwy — gdy nadto dwóch kolegów (Festenburg i Wehr) potwierdziło rozpoznanie, wykonał kol. S. operacyę doszczętną. Badanie drobnowidowe wyciętej macicy przez kol. Wehra wykazało wybitny naciek rakowy przedniej wargi, sięgający w głąb na centymetr.

W dłuższem przemówieniu starał się kol. S. podnieść ważność klinicznego badania jakoteż tę okoliczność, że ujemny wynik jednorazowego badania drobnowidowego nie może jeszcze obalić dokładnego badania klinicznego, gdyż może zajść omyłka w wycięciu miejsca charakterystycznego, podobnie n. p. brak prątków gruźliczych w plwocinach nie obala jeszcze klinicznego rozpoznania gruźlicy. Wobec klinicznie wybitnej formy raka nie wyczekiwał kol. S. dalszego badania drobnowidowego, lecz czuł się uprawnionym do wykonania operacyi doszczętnej, postępując według zasad w chirurgii przyjętych, że raka należy operować jak najdalej w tkance zdrowej. Operacya została uwieńczoną dobrym wynikiem, gdyż chora czuje się zdrową i nabiera ciała.

Kol. Wehr przedstawia macicę z powyższego przypadku i preparaty drobnowidowe, które niezbicie dowodzą, że mamy do czynienia z naciekiem rakowym. We wszystkich przypadkach, jakie operowaliśmy we Lwowie (przypadki prof. Mikulicza, Ziembickiego, Schramma i Wehra — razem do 50) mieliśmy do czynienia zawsze z rozpadającym się, wybitnym i daleko posuniętym rakiem tak, iż w większej części przypadków musiano wyciąć część ściany pochwy a nawet i część pęcherza. Jeżeli zasadą chirurgiczną jest dzisiaj operować raka w najwcześniejszym jego okresie, ażeby mieć nadzieję doszczętnego wyleczenia, to przypadek przytoczony z tego względu ma wielkie znaczenie, żeśmy tej zasadzie zadość uczynili a dalszy przebieg i brak recydywy w tym właśnie przypadku rozstrzygnąłby, o ile jest pewnem całkowite wyłuszczenie macicy w początkowym okresie raka.

Kol. Sielski ostrzega przed stósowaniem w praktyce zapatrywania kol. Skałkowskiego, że w rozpoznawaniu wątpliwych przypadków raka części pochwowej macicy powinno rozstrzygać raczej badanie kliniczne, nie zaś badanie drobnowidowe. Obraz kliniczny jest często zwodniczy i naraża nas na omyłki. Na dowód przytacza przykłady. Dlatego przed operacyą tej doniosłości, jak wyłuszczenie macicy, wymagamy dowodu prawdziwości rozpoznania za pomocą mikroskopu. Jestto zasada ogólnie dziś przyjęta. Landau wystąpiwszy przed kilku laty z podobnem zapatrywaniem, jak dziś kol. Skałkowski, nie przekonał nikogo i sam zamilkł. Przypadek omawiany na dzisiejszem posiedzeniu, badał kol. Sielski przed kilku tygodniami, rozpoznał klinicznie również raka i polecił również wyłuszczenie macicy. Atoli wobec okoliczności, że badanie drobnowidowe nie potwierdziło rozpoznania klinicznego, nie uważał się za uprawnionego do wspomnionej operacyi, lecz doradzał odjęcie nadpochwowe szyjki macicy t. j. operacyą wykonywaną z najlepszymi stosunkowo wynikami przez szkołę Schröderowską w przypadkach raka ograniczonego na część pochwową macicy. A doradzał tę operacyę pomimo ujemnego wyniku badania drobnowidowego dlatego, że owrzodzenia przy tak znacznem zgrubieniu części pochwowej, o guzowatej powierzchni, jak w przypadku, o którym mowa, od lat kilku leczone, lecz ciągle się powtarzające, mogły być z czasem dla chorej źródłem poważnego niebezpieczeństwa.

Z okoliczności, że obecnie udowodnił kol. Wehr, że w danym przypadku rozpoznanie kliniczne okazało się prawdziwem a badanie mikroskopowe przed operacyą zawiodło, nie należy wysnuwać wniosku, że badanie kliniczne powinno być dla nas rozstrzygającem bez względu na wynik badania drobnowidowego. W przypadkach, w których mimo

badania drobnowidowego zachodzą jeszcze wątpliwości, należy badanie to powtórzyć. Przykład podany przez kol. Skałkowskiego, mający udowodnić, że badanie drobnowidowe nie zawsze daje wyniki pewne, mianowicie przykład Virchowa z cesarzem niemieckim Fryderykiem, pokazuje, jak się na roztrząsaną właśnie kwestyę badacz tej miary jak Virchow zapatruje. Virchow nie mając dowodu drobnowidowego nie odważył się rozpoznać raka.

Kol. Bylicki: Początkowe okresy raka macicy posiadają wybitne i właściwe sobie cechy, stosownie do tego, zkąd rak bierze swój początek. Dlatego też przypominam, że rakowiec części pochwowej, który ma bardzo małą dążność do szerzenia się w górę czyli na błonę śluzową szyi macicznej, przedstawia jedynie tę formę, w której można ograniczyć się na odjęciu części pochwowej lub wysokiej amputacyi szyi. Rakowiec zaś błony śluzowej szyi w początkowych nawet okresach zajmuje cały obwód szyi i może wywołać zmiany bardzo znaczne a nie przekraczać granicy ujścia zewnętrznego. Przypisywana zaś ujściu wewnętrznemu macicy pewna własność tworzenia granicy, której ma zwyrodnienie nie przekraczać, utrzymuje się tylko do pewnego czasu tak, że zwyrodnienie szerzy się potem bez przerwy na jamę macicy. Ze względu zaś na skłonność do rychłego szerzenia się i w otaczającą tkankę łączną ta forma raka bezwzględnie wymaga całkowitego wycięcia macicy.

Forma trzecia czyli rak miąższowy, t. j. guzek rakowy części pochwowej, wcześnie już nie tylko przez ciągłość, ale i przez przerzut pojawić się może w sąsiedztwie i również wymaga operacyi najradykalniejszej.

W praktyce naszej nader rzadkimi są przypadki, w których co do złośliwości zmian zachodzą wątpliwości a to z tego powodu, że chore przychodzą najczęściej z tak rozwiniętem już zwyrodnieniem, że same wywiady już prawie z pewnością świadczą o raku a po zbadaniu palcem, bez użycia innych sposobów badania, istota choroby staje się pewną. Wątpliwości zaś najczęściej nasuwają się w tych przypadkach, w których zmiany nieco lub w znaczniejszym stopniu do zwyrodnienia rakowego podobne, najczęściej niem nie są, co wielokrotnie miałem sposobność stwierdzić. Pewne zmiany, jakie przedstawia nadżerka części pochwowej, mianowicie pozorne rozstrzępienie utkania przez głębokie zapuszczanie się wypustek gruczołowych, szczególnie wobec przedarcia szyi i wywinięcia się warg macicznych *(ectropium)*, lub wzniesienie nadżerki ponad sąsiedztwo, mogą budzić podejrzenie a wyniki leczenia erozyi i w tych przypadkach najczęściej dowiodą dobrotliwości zmian.

Forma trzecia, mianowicie guzek rakowy w początkowych okresach może zupełnie tak się przedstawiać, jak ograniczony, guzkowaty przerost części pochwowej, lub ten ostatni znowu nie będąc zwyrodnieniem złośliwem może w ten sposób zniekształcić część pochwową, iż łatwo możemy popaść w błąd, rozpoznając zwyrodnienie złośliwe tam, gdzie go niema.

W każdym razie wobec raka b a d a n i e p a l c e m b y w a n a j w a ż n i e j s z e m. Tam, gdzie badanie palcem wykaże niewątpliwe cechy raka, inne sposoby badania stają się zupełnie podrzędnymi.

Nie dziwię się zadowoleniu kol. Skałkowskiego z przypadku, w którym mógł wykonać doszczętnie operacyą we wczesnym okresie guzka rakowego. Pomimo to jednak rokowanie w tym przypadku uważam za bardzo wątpliwe, gdyż nawet znaczne zmiany, jakie wytwarza rakowiec części pochwowej, pozwalają lepiej rokować po odjęciu samej części pochwowej, niż początkowe okresy guzka rakowego po wycięciu całej macicy. I ja miałem sposobność operowania wspólnie z kol. Ziembickim w przypadku zupełnie analogicznym, w którym w sześć miesięcy po zupełnem wycięciu macicy pojawił się przerzut w osierdziu, bez recydywy w miejscu operowania.

Kol. Krokiewicz dołącza uwagi o badaniu drobnowidowem i o omyłkach wynikających z tego, jakie części histolog dostaje do zbadania. Ujemny wynik badania drobnowidowego nie dowodzi zatem nieobecności raka.

Kol. Kadyi sądzi, że omyłki dałyby się łatwiej ominąć, gdyby histolog widział także chorą i był obecnym podczas próbnej ekscyzyi; wówczas bowiem mógłby się lepiej zoryentować w wycinku danym do zbadania a względnie mógłby nawet wskazać część, którą należałoby wyciąć do badania drobnowidowego.

Kol. Stroynowski przyłącza się do zdania kol. Sielskiego i nie uznaje uprawnienia do operacyi wyłącznie na podstawie klinicznego rozpoznania, bez względu na ujemny wynik badania drobnowidowego.

Kol. Wehr nie zgadza się z twierdzeniem kol. Sielskiego, jakoby nacieki wywołane skutkiem drażnienia nadżerek środkami żrącymi dawały obraz kliniczny taki sam, jak naciek rakowy. Mogą one wprawdzie wprowadzić w błąd mniej doświadczonego, jednak, jak własne doświadczenie go poucza, już kilko- lub kilkunastodniowa obserwacya i odpowiednie leczenie usuwają pomyłkę. Kol. W. nie lekceważy bynajmniej badania mikroskopowego przed operacyą, jednak znów z własnego doświadczenia dochodzi do przekonania, że tylko przy odpowiednio wielkim i z właściwego miejsca do zbadania wyciętym kawałku można uniknąć omyłek. W przypadku właśnie przedstawionym rzecz miała się tak, że objawy kliniczne i badanie palcem nie pozostawiały wątpliwości co do istoty choroby, czego dowodem, że i kol. Sielski rozpoznawał raka a zbałamuciło go badanie drobnowidowe. Z tego więc powodu nie mógłby się kol W zgodzić na zarzut zrobiony przez kol. Sielskiego i Stroynowskiego, jakoby kol. Skalkowski bez dostatecznego uzasadnienia przedsięwziął tak radykalną operacyą; gdzie bowiem chodzi o ratowanie życia, tam zabieg nie przedstawiający dziś wielkiego niebezpieczeństwa jest stanowczo wskazanym. Wszakżeż sam kol. Sielski mówi, że uważał za wskazaną amputacyą szyi metodą Schrödera. Wybór zaś metody operacyjnej, t. j. czy częściowa amputacya szyi czy całkowite wycięcie macicy w raku, jest dziś jeszcze dla pewnej części lekarzy rzeczą sporną, dla większej części operatorów zaś rozstrzygniętą, gdyż przeważna część chirurgów jest za całkowitem wycięciem macicy w raku.

Kol. Skałkowski zastrzega się również przed zarzutem, jakoby lekceważył badanie drobnowidowe, któremu sam się wiele zajmuje. Kol. S. chciał jednakże zwrócić uwagę na ważność badania klinicznego i przestrzedz przed czynieniem wszystkiego zawisłem od mikroskopu, nawet w przypadkach tak wybitnych, jakim był ten, o którym mowa. (Według autoreferatów).

Na tem Zgromadzenie zakończyło swą czynność.

Sekretarz: *Dr. Bory.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 25. Maja 1894 r.

VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie. Zapowiedziano dotychczas następujące wykłady i zdania sprawy

W sekcyi chorób skórnych i wenerycznych:

Dr. Elsenberg: O chorobach skórnych pochodzenia nerwowego.

Dr. Chrzanowski: Wyniki leczenia kiły metodą Łukasiewicza.

Dr. Finger: Temat zastrzeżony.

Dr. Garsztka: O wpływie influency na kiłę.

Dr. Dembiński: O przerzutach gonokoków.

Tenże: O leczeniu wstrzykiwaniami rtęci, referat.

Dr. Reiss: Temat zastrzeżony.

Dr. Szadek: Stan zdrowia matek płodzących z kiłowemi ojcami dzieci zakażone? do dyskusyi.

Tenże: Czy wsteczne zakażenie się takich matek od płodu jest możliwem?

Dr Uhma: Wstrzykiwania sublimatu metodą Baccellego.

— Kurs ćwiczeń praktycznych w bakteryologii dla lekarzy praktycznych i powiatowych rozpocznie się w Zakładzie higienicznym krakowskim (ulica Strzelecka Nr. 7.) dnia 1. Czerwca i trwać będzie do 1. Lipca. Zgłaszać się można w celu udziału ustnie lub listownie. Godziny zajęć wczesne ranne lub wieczorne od 6—8. W czasie wolnym od wykładów, każdy uczestnik może pracować w Zakładzie od 9—1 rano i od 3—6 po południu. Pożądane są mikroskopy własne z immersyą. *Dr. O. Bujwid.*

— Dowiadujemy się w ostatniej chwili, że powołany na pierwszem miejscu (lecz jeszcze nie mianowany) na katedrę chirurgii w uniwersytecie wiedeńskim, opróżnioną przez śmierć Billrotha, profesor z Heidelberga Czerny, który powołanie to przyjął, przybył na miejsce w celu obejrzenia pola przyszłego swego działania a nawet przedstawił swe warunki, przyjęte życzliwie przez kompetentne władze, nagle i niespodziewanie odmówił przyjęcia katedry, o której mowa.

Jak wiadomo, na drugiem miejscu przedstawiony był profesor Gussenbauer z Pragi a na trzeciem prof. Mikulicz z Wrocławia.

— Podczas epidemii ospy w Anglii w latach 1892 i 1893 było w jedenastu miastach 2.551 przypadków ospy, z nich 2.177 u szczepionych z 90 przypadkami śmierci, co odpowiada 4·10% i 374 u nieszczepionych, z których 127 czyli 33·9% zakończyło się śmiercią.

— **Nekrologia**. Dr. Ludgard Gąsiorowski, lekarz zakładu karnego w Stanisławowie, zmarł dnia 21. Maja r. b. w 46. roku życia po krótkiej chorobie.

KORESPONDENCYA REDAKCYI.

Bezimienny prenumerator w W. i Dr. O. W. we L. Sprawa przez Szan. kolegów w Ich pismach do redakcyi poruszona była już nieraz przedmiotem narad Komisyi redakcyjnej *Przeglądu Lekarskiego*, lecz pokazało się, iż na tem polu nic zmienić nie można; mimo tego postanowiła komisya redakcyjna raz jeszcze zastanowić się nad tem w duchu życzenia Szan. kolegów, które najzupełniej podziela.

NADESŁANE.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

Celem obsadzenia opróżnionej posady weterynarza powiatowego w randze XI. klasy, z systemizowanemi dla niej poborami, względnie opróżnić się mogącej posady pogranicznego oglądacza zwierząt i produktów zwierzęcych, rozpisuje się niniejszem konkurs z terminem do **20. Czerwca 1894 roku.**

Kandydaci mają swe podania zaopatrzone w dowody kwalifikacyi wymaganej rozporządzeniem ministeryalnem z dnia 21. Marca 1873. Nr. 37. Dz. ust. pań., metrykę urodzenia, tudzież dowód znajomości języków krajowych, wnieść w powyższym terminie do Prezydyum Namiestnictwa, a mianowicie kompetenci pozostający już w służbie rządowej w przepisanej drodze służbowej, inni zaś przez dotyczące Starostwo, a we Lwowie i Krakowie przez Dyrekcyę policyi.

Z Prezydyum c. k. Namiestnictwa.

Lwów, dnia 16. Maja 1894. 133—1—1

KONKURS.

W celu obsadzenia posady sekundaryusza i lekarza domowego w izraelickim szpitalu i przytulisku kalek we Lwowie rozpisuje się niniejszem konkurs.

Z posadą tą, którą nadaje się na przeciąg 3 lat połączoną jest roczna płaca 300 złr., wolne mieszkanie w szpitalu, opał i światło.

Ubiegający się winni się wykazać dyplomem uzyskanego stopnia doktora wszech nauk lekarskich względnie doktora medycyny i chirurgii, tudzież znajomością języka polskiego, a mają kompetenci stanu wolnego pierwszeństwo przy obsadzeniu tej posady.

Obowiązki z tą posadą połączone określa bliżej statut szpitala.

Podania kompetencyjne wnosić należy najpóźniej po koniec Czerwca 1894 roku do kancelaryi Zboru izrael. przy ul. Rzeźnickiej l. 5. we Lwowie.

Przełożeństwo Zboru izraelickiego.

Lwów, dnia 15. Maja 1894. 132—3—1

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.